

University for Business and Technology in Kosovo

UBT Knowledge Center

Theses and Dissertations

Student Work

Winter 2-2021

ROLI I INFERMIERES NË URGJENCAT KIRURGJIKE ABDOMINALE

Ajeta Bajra

University for Business and Technology - UBT

Follow this and additional works at: <https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd>



Part of the [Nursing Commons](#)

Recommended Citation

Bajra, Ajeta, "ROLI I INFERMIERES NË URGJENCAT KIRURGJIKE ABDOMINALE" (2021). *Theses and Dissertations*. 2159.

<https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd/2159>

This Thesis is brought to you for free and open access by the Student Work at UBT Knowledge Center. It has been accepted for inclusion in Theses and Dissertations by an authorized administrator of UBT Knowledge Center. For more information, please contact knowledge.center@ubt-uni.net.



Kolegji UBT
Fakulteti i Infermierisë

**ROLI I INFERMIERES NË URGJENCAT KIRURGJIKE
ABDOMINALE**

Shkalla Bachelor

Ajeta Bajra

Shkurt / 2021
Prizren



Kolegji UBT
Fakulteti i Infermierisë

Punim Diplome
Viti akademik 2017-2018

Ajeta Bajra

**ROLI I INFERMIERISË NË URGJENCAT KIRURGJIKE
ABDOMINALE**

Mentori: : Prof. Shqiptar Demaçi dr sc.

Shkurt / 2021

Ky punim është përpiluar dhe dorëzuar në përmbushjen e kërkesave të
pjeshme për Shkallën Bachelor

ABSTRAKTI

Urgjencat kirurgjike mund të përkufizohen si operacione që kërkohet për të trajtuar një kërcënim akut për jetën, organin, gjymtyrën ose indin e shkaktuar nga trauma e jashtme, procesi akut i sëmundjes, përkeqësimi akut i një procesi të sëmundjes kronike ose ndërlikimi i një procedure kirurgjikale ose ndërhyrjeje tjetër. "Hipertensioni intra-abdominal", mosfunksionimi dhe dështimi i organeve të shkaktuara nga presioni, janë njohur gjithnjë e më shumë gjatë dekadës së fundit si shkaqe të morbiditetit dhe mortalitetit të konsiderueshëm. Presioni i rritur intra-abdominal mund të shkaktojë dëmtime të konsiderueshme të funksionit të sistemit nervor kardiak, pulmonar, renal, gastrointestinal, hepatic dhe qendror. Abdomeni akut është një gjendje që kërkon vëmendje dhe trajtim urgjent. Ai mund të shkaktohet nga një infeksion, inflamacion, okluzion vaskular ose bllokim. Pacienti zakonisht do të përshkruaj fillimin e papritur të dhimbjes abdominale me të përziera ose me të vjella të shoqëruara. Shkaqet e zakonshëm të abdomenit akut përfshijnë apendicitin akut, kolecistitin, pankreatitin dhe divertikulitin. Po ashtu peritoniti akut është një shkak i abdomenit akut dhe mund të rezultojë nga këputja e një viskusi të zbrazët ose si një ndërlikim i sëmundjes inflamatore të zorrëve.

MIRËNJOHJE DHE FALËNDERIME

Në përmbylljen e punës sime kërkimore, një rrugë të cilën e nisa tre vite më parë do të dëshiroja të falënderoja të gjithë ata të cilët më ndihmuan në këtë rrugëtim.

Falënderimi i takon Zotit, pastaj përfundimi i studimeve do të ishte i pamundur për mua pa përkrahjen e familjes sime e cila ishte mbështetja dhe forca ime më e madhe, andaj e falënderoj përzemërsisht..

Një falënderim i veçantë edhe për mentorin tim Prof. Shqiptar Demaçi. dr.sc. i cili po ashtu më ofroi mbështetje gjatë tërë kohës së punimit të kësaj teme e deri në finalizimin e saj.

I falënderoj edhe të gjithë profesorët e Fakultetit të Mjekësisë UBT, dega Infermieri në Prizren për punën e kryer.

Faleminderit edhe për anëtarët e komisionit vlerësues.

Ju faleminderit të gjithëve!

DEKLARATA STUDENTORE

Unë Ajeta Bajra deklaroj se kjo temë e diplomës me titull “ROLI I INFERMIERISË NË URGJENCAT KIRURGJIKE ABDOMINALE” është punimi i im origjinal. E gjithë literatura të cilën e kam shfrytëzuar gjatë punimit të temës e kam listuar në referenca.

FJALORI I TERMAVE

CT- Tomografia e kompjuterizuar

CRP- Proteina C reaktive

LDH- Laktat dehidrogjenaza

AAA- Aneurizma e aortës abdominale

DM- Diabetes mellitus

GI- Gastro-intestinal

Përmbajtja

1.HYRJE.....	1
2.SHQYRTIMI I LITERATURËS	2
2.1.HISTORIKU I KIRURGJISË.....	2
2.2.URGJENCAT KIRURGJIKE ABDOMINALE.....	3
2.2.1.ABDOMENI AKUT	3
2.2.2. GURËT BILIARË	8
2.2.3.KOLIKA BILIARE	9
2.2.4. KOLECISTITI AKUT	11
2.2.5. IKTERI (ZVERDHJA)	12
2.2.6. ULÇERA PEPTIKE E PERFORUAR.....	15
2.2.7. PANKREATITI AKUT	17
2.2.8. PANKREATITI KRONIK.....	19
2.2.9. APENDICITI AKUT	19
2.3. KUJDESI INFERMIEROR	23
2.3.1.Faza preoperative	23
2.3.2.Faza kirurgjikale(intraoperative)	24
2.3.3.Faza e shërimit	24
3.DEKLARIMI I PROBLEMIT	30
4.METODOLOGJIA	31
5.PREZANTIMI DHE ANALIZA E REZULTATEVE	32
5.1. Pacientët me APENDICIT AKUT	32
5.2. Pacientët me KOLIKë ABDOMINALE.....	33
5.3. Pacientët me ABDOMEN AKUT.....	34
5.4. Pacientët me IKTER	35
6.KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME	36
7.REFERENCAT.....	37

LISTA E FIGURAVE

Figure 1. Gurët në tëmth	8
Figure 2. Ulçera peptike.....	15
Figure 3. Apendiksi i inflamuar	20
Figure 4. Fazat kirurgjike.....	23

LISTA E TABELAVE

Table 1. Shkaktaët e Ikterit	13
Table 2. Paraqitja e numrit të pacientëve sipas gjinisë, moshës dhe vendbanimit të diagnostikuar me Apendicit akut në muajin Gusht dhe Shtator	32
Table 3. Paraqitja e numrit të pacientëve sipas gjinisë, moshës dhe vendbanimit të diagnostikuar me Kolikë abdominale në muajin Gusht dhe Shtator për vitin 2020	33
Table 4. Paraqitja e pacientëve me Abdomen akut.....	34
Table 5. Paraqitja e pacientëve me Ikter	35

1.HYRJE

Kirurgjia e Urgjencës është një „kompetencë e transferueshme“ e cila kërkon marrjen e njohurive të shkencave themelore, anatomisë kirurgjikale, fiziologjisë së aplikuar dhe patologjisë të rëndësishme për kirurgjinë e urgjencës, dhe aftësitë teknike, profesionale dhe klinike të një kirurgu të urgjencës siç përcaktohet më sipër. Traumata abdominale përbëjnë sot një ndër problemet mjekësore më të rënda të urgjencës mjekësore për shkak të shpeshtësisë dhe të letalitetit të lartë të tyre. Traumata në përgjithësi dhe ato të abdomenit në veçanti janë po aq të vjetra sa dhe vetë njerëzimi. Njohuritë për to kanë qënë të pakëta. Madje mjekët e asaj kohe nuk dispononin asnjë mjet diagnostikues, nuk kishin njohuri për anatominë e organeve. Gjithashtu përcaktimi i organeve të dëmtuara përbënte një risi për ta. Edhe për të dhënat klinike, për kompleksin e formave të shfaqjes së tyre, për shumëllojshmërinë e dëmtimeve të organeve, njohuritë ishin shumë të cekëta. Pacienti zakonisht do të përshkruaj fillimin e papritur të dhimbjes abdominale me të përziera ose me të vjella të shoqëruara. *(Gjata, A., 2015).*

2.SHQYRTIMI I LITERATURËS

2.1.HISTORIKU I KIRURGJISË

Kirurgjia (cheirourgia /gr./- dora dhe puna) është një degë e mjekësisë klinike që merret me studimin dhe trajtimin e sëmundjeve që duhet të trajtohen nga puna e duarve të kirurgut dhe përdorimi i mjeteve mekanike (instrumenteve). Historia e kirurgjisë ka origjinën që në antikitet si në: Greqi, Romë e Bizant. Nga lashtësia e deri në kohet relativisht moderne kirurgët nuk dinin shkakun e emergjencave të rënda abdominale, kështu që edhe trajtimet e tyre ishin jo efektive prej të cilave një pjesë e madhe ishin edhe vdekjeprurëse. Rreth 6000 vjet më parë janë kryer operacione si: amputime apo nxerrje e gurëve nga fshikëza urinare, por për mjekimin e plagëve përdorej mjalti dhe vaji. Që nga ajo kohë është bërë studim ndaj kirurgjisë që nga veprat e Hipokratit e duke vazhduar edhe me ato të Galenit i cili futi në mjekësi metodën e egzaminimit eksperimental. Sipas tij u bë propozimi i punës për ndalje të hemorragjisë duke bërë përdredhjen e gazës. Në përmisimin e rezultateve të operacioneve u bë shkas përdorimi i lëndëve antiseptike në aktivitetet kirurgjikale, bëri uljen e infeksioneve në plagët kirurgjikale. Kirurgu Bergman ishte ai i cili përpunoi metodën e asepsisë, metodë e cila përdoret sot ende. Në atë kohë të gjitha ndërhyrjet kirurgjike kryheshin me mjete ose vegla si: grepa,leva, brisqe dhe instrumente tjera që ishin të përshtatshme për prerje apo qepje në mënyrë që plagët luftarake të mos merrnin jetë.

Për të zhvilluar kirurgjinë, kirurgët e asaj kohe së bashku me fizikantët kanë bërë shumë përpjekje, takime dhe debate për të përmirësuar instrumentet e ndryshëm që ju duheshin për të ushtruar në profesionin e kirurgut. Madje ata janë përballur me vështirësi të mëdha sidomos më të dëmtuarit me trauma abdominale që shoqëroheshin me hemorragji, dhembje dhe infeksion. Ndër kirurgët e përmendur të shekullit të 16-të ishte kirurgu francez AmbroisePare', icili krahas mjekimeve që bënte për plagë e dëmtime të ndryshme, kreu edhe një ndërhyrje kirurgjikale tek një fëmijë i traumatizuar, për herni diafragmale traumatike. Por tani revolucionin dhe përparimin e kirurgjisë ka bërë që me anë të të gjithë kirurgëve dhe veprave historike të tyre sot kirurgjia të jetë një procedurë e avancuar dhe e specializuar që kryhet me ndihmën e kirurgëve dhe infermierëve. Kirurgjia, si degë e shkencës mjekësore filloi në shekullin e 19-të. Është një teknikë invazive me parimin themelor të ndërhyrjes fizike në organe, sisteme organesh, indesh për arsye diagnostike ose terapeutike.

Si rregull i përgjithshëm, një procedurë konsiderohet kirurgjikale kur përfshin prerjen e indeve të një personi ose mbylljen e një plage të qëndrueshme më parë. (Gjata, A., 2015).

2.2.URGJENCAT KIRURGJIKE ABDOMINALE

Urgjencat kirurgjikale abdominale janë një arsye e zakonshme për pranimin e pacientëve në shërbimet kirurgjikale në gjithë botën. Ato përfaqësojnë më shumë se 50% të pranimeve kirurgjikale dhe përbëjnë një pjesë kryesore të ngarkesës së punës së kirurgut në pjesën më të madhe të botës.¹Karakterizohen nga një vonesë e konsultës dhe nga vështirësi të rëndësishme diagnostike dhe terapeutike. Këto vështirësi lidhen me pasigurinë e gjendjes klinike të pacientëve në kohën e pranimit dhe me pamjaftueshmërinë apo edhe mungesën e disa ekzaminimeve diagnostike, laboratorike dhe imazheve. Ato përbëjnë një problem real të shëndetit publik, sepse në thelb prekin popullatën e re dhe aktive. (Phan, Patel, Walsh, Abraham, & Kocher,2008).

Në urgjencat kirurgjike abdominale bëjnë pjesë:

2.2.1.ABDOMENI AKUT

Abdomeni akut definohet si një gjendje e shoqëruar me dhimbje barku e cila kërkon konsultim kirurgjik. I referohet situatës klinike në të cilën ndodh një ndryshim akut në gjendjen e organeve intraabdominale, zakonisht i lidhur me inflamacionin ose infektimin, kërkon diagnozë të menjëhershme dhe të saktë. Dhimbja akute e barkut është një nga simptomat më të hasura në pacientët që kërkojnë vëmendjen e departamentit të urgjencës dhe është ankesa më e zakonshme që paraqet në pacientët me sëmundje kirurgjikale të barkut. Nga pikëpamja kirurgjikale dhimbja akute e barkut është simptoma kardinale e barkut akut. Shpesh diagnoza dhe zbulimi i një gjendje patologjike bëhet në mënyrë operative. Pason një ekzaminim fizik i pashmangshëm. Metoda të tjera diagnostikuese: radiografia vendase, diagnostikimi me ultratinguj, CT, përdoren në varësi të simptomatologjisë aktuale dhe disponueshmërisë së procedurave. (Patterson, Kashyap & Dominique, 1985).

2.2.1.1. Shkaktarët

Shkaqet e zakonshëm të abdomenit akut përfshijnë: apendicitin akut, kolecistitin, pankreatitin dhe divertikulitin. Peritoniti akut është një shkak i abdomenit akut dhe mund të rezultojë nga këputja e një viskusi të zbrazët ose si një ndërlikim i sëmundjes inflamatore të zorrëve. Ngjarjet vaskulare që shkaktojnë një abdomen akut përfshijnë: isheminë mezenterike dhe aneurizmën e aortës abdominale të këputur. Shkaqet obstetrike dhe gjinekologjike përfshijnë: shtatzëninë ektopike të prishur dhe rrotullimin e vezoreve. Kushtet urologjike duke përfshirë dhimbjen e barkut ureter dhe pielonefritin gjithashtu mund të paraqiten si dhimbje akute të abdomenit. Shumë autorë përfshijnë bllokimin e zorrëve të holla si një shkak i abdomenit akut. Të sapolindurit mund të paraqiten me enterokolitit nekrotizues. (*Patterson, Kashyap & Dominique, 1985*).

2.2.1.2. Patofiziologjia

Patofiziologjia e secilit entitet të sëmundjes është përtej qëllimit të këtij rishikimi. Shkaqet përfshijnë infeksionin (apendesitin, divertikulitin) dhe obstruksionin (apendesitin, kolecistitin). Anomalitë anatomike përfshijnë keqtrajtimin e zorrës. Mosha shoqërohet me disa sëmundje: pacientët e moshuar kanë më shumë të ngjarë të paraqiten me divertikulit,

2.2.1.3. Komplikimet

Nëse nuk trajtohet, abdomeni akut mund të rezultojë me: **Sepsë, nekrozë dhe / ose gangrenë të zorrëve, fistulë, vdekje.**

2.2.1.4. Trajtimi/Menaxhimi

Hipotensioni dhe tahikardia sugjerojnë humbje të gjakut, hipovolemi ose sepsë dhe kërkojnë ringjallje të shpejtë të lëngut agresiv me qasje adekuate IV të madhe. Antibiotikët me spektër të gjerë që mbulojnë organizmat gram-negative duhet të administrohen në kohën e duhur kur infeksioni, zbutja peritoneale ose sepsa janë në diferenciale. Pacientët e sëmurë duhet të monitorohen me reanimacion të vazhdueshëm. Lehtësimi i duhur i dhimbjes me opioide është një standard i kujdesit. Përdorimi i anti-emetikëve është gjithashtu i rëndësishëm. Nëse dyshohet për një urgjencë kirurgjikale bazuar në prezantimin ose gjetjet fizike, një kirurg duhet të konsultohet në një mënyrë emergjente. (*Patterson, Kashyap & Dominique 1985*).

Marrja e historisë së sëmundjes

Përveç të dhënave standarde të historisë së sëmundjes, te abdominali akut duhet fokusuar në të dhënat në vijim:

- *Dhimbja*
 - lokalizimi (në cilën pjesë të abdomenit)
 - intensiteti i dhimbjes
 - kohëzgjatja e saj (kur ka filluar?)
 - natyra (p.sh. e mprehtë, formë kolike)
 - përhapja (në cilën pjesë të trupit përhapet?)
 - faktorët ekzacerbues dhe qetësues.
- *Simptomat shoqëruese*
 - nauze/vjellje
 - ndryshim i funksionit të zorrëve
 - gjakëderdhje per rectum
 - humbje e oreksit
 - prani e neoformacionit/masë e palpueshme
 - humbje në peshë
- *Te femrat duhet të kërkohet të dhënat për ciklin e fundit menstrual*
- *Historia e sëmundjeve të kaluara(ekzaminimet e mëhershme, operacionet e mëhershme)*
- *Historia/anamneza familjare (Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006).*

Ekzaminimi abdominal

Zbulojmë gjoksin dhe barkun dhe mbulojmë organet gjenitale me peshqir ose me batanije. Pacienti duhet të jetë i shtrirë në shpinë dhe shikojmë:

-*Gjendjen e përgjithshme*: a është pacienti në gjendje jo të mirë apo ka dhimbje?

-*Ekzaminojmë duart*: lëkura e zbehtë e duarve (anemia), cianoza periferike, koilonychia (anemia sekondare-mungesa e hekurit), gishtat në formë çekiçi, eritema e shuplakës, thonjtë e zbehtë, fenomeni i meduzës, kontraktura Dupuytren (shenja karakteristike për sëmundjen e mëlçisë).

-*Bëjmë matjen e pulsit*

-*Ekzaminojmë sytë*: shikojmë për ikterus (sklerat ezverdhura) dhe anemi

-*Era e gojës gjatë frymëmarrjes, ekzaminojmë gjuhën*

-*Kontrollojmë shtypjen jugulare venoze (JVP)*

Ekzaminojmë qafën për prani të limfadenopatisë dhe pastaj vazhdojmë me ekzaminimin e abdomenit. (Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006).

Inspektimi

Shikojmë për: *cikatrikse, ënjtje, fryerje të barkut, pulsacione të dukshme dhe peristaltikë, sinuse dhe fistula, vena të fryera.*

Palpimi

Fillojmë me kujdes dhe larg nga vendi i dhimbjes. Çdo herë duke e shikuar pacientin në fytyrë. Pastajmë vazhdojmë me palpim të thellë dhe duhet të ndiejmë: *-shkallën e ndjeshmërisë dhe praninë e mbrojtjes muskulare, praninë e neoformacioneve/masave të palpueshme, splenomegalinë, hepatomegalinë, sukusioni renal, palpimi i fshikëzës urinare, vendet e hernive: kërkujmë nga pacienti që të kollitet. (Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006).*

Perkusioni

Perkutojmë abdomenin për: *evidencë të matitetit (ascites) apo tipmanizmit, organomegali, ndjeshmëri kthyesë/simptoma e Blumberg-ut (shenjë që tregon për iritimin e peritoneumit).*

Auskultimi

Ndëgjojmë: *tonet e peristaltikës së zorrëve, zhurmat stenotike*(enët femorale dhe splenike), *gurgullimën e lëvizjes së lëngut*. Në përfundim ekzaminojmë organet e jashtme gjenitale, kryejmë ekzaminimin digito-rektal dhe ekzaminimin vaginal tek femrat nëse është e nevojshme. *(Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006)*.

2.2.2. GURËT BILIARË

Kolelitiaza karakterizohet nga formimi i gurëve biliarë në kolecistë dhe në rrugët biliare. Kjo është sëmundja më e shpeshtë e kolecistës dhe e rrugëve biliare ekstrahepatike; më rrallë preken rrugët biliare intrahepatike.

2.2.2.1. Faktorët e rrezikut

Shkaktarët më të shpeshtë janë: moshat e shtyera, gjinia femërore (raporti femra meshkuj është 2:1), obeziteti, dieta, mënyra e të ushqyerit, hipertrigliceridemia, sëmundjet kronike të mëlçisë, çrregullimet funksionale të ileumit terminal, sëmundjet hemolitike, medikamentet (kontraktivët oralë, clofibratet), infeksionet e traktit urinar. (Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006).

2.2.2.2. Patogjeneza

Ndryshimet në përqendrimin relativ të përbërësve të bilës (uji, kolesteroli, lecitina dhe kripërat e bilës) shkaktojnë mbisaturim dhe precipitim të kolesterolit, bilirubinave ose që të dyjave. Bila e saturuar formon mikrokristale të cilat paraqesin bazën e zhvillimit të gurëve. Bakteriet, qelizat e ndritshme dhe trupat e huaj mund të ofrojnë bazë të njëjtë për zhvillimin e gurëve. Aq më tepër, *E.Coli* e hidrolizon bilirubinën e konjuguar në bilirubinë të lirë të atretshme e cila precipitohet nga tretja. (Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006).

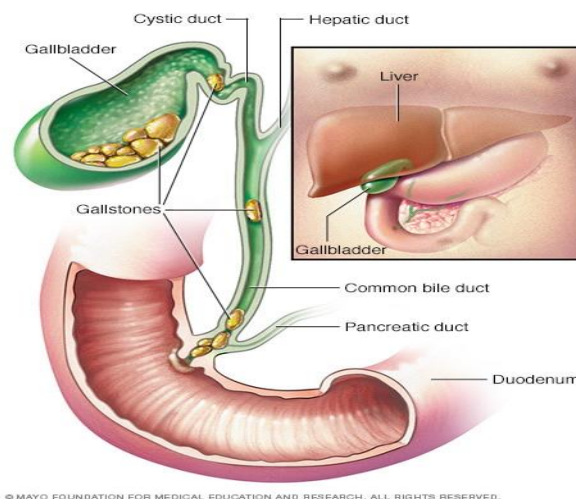


Figure 1. Gurët në tëmth

Burimi: Mayo Clinic. *Gallstones - Symptoms and causes*. [online] Available at: <<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/gallstones/symptoms-causes/syc-20354214>>

2.2.3.KOLIKA BILIARE

2.2.3.1. Patogjeneza

Guri biliar impaktohet në qafën e kolecistës dhe mbyll duktusin cistik. Kontraksionet e vazhdueshme të kolecistës kundër bllokimit të kanalit cistik e rrisin shtypjen brenda-luminare dhe shkaktojnë dhimbje. Dhimbja kalon me zgjidhjen e problemit të obstrukcionit qoftë me kthimin e gurit prapa në kolecistë ose me kalimin e tij në kanalin biliar.

2.2.3.2. Simptomat

Dhimbja shtrënguese (kolika), më së shpeshti shfaqet në epigastrium dhe në kuadrantin e sipërm të djathtë. Te format tipike, intensiteti i dhimbjes rritet gradualisht brenda 1-2 orëve, por mund të perziston edhe më gjatë. Dhimbja mund të reflektohet kah shpatulla e djathtë dhe në shpinë. Është e shoqëruar me *nauze* dhe *vjellje*. Më shpesh ndodh gjatë natës dhe pacienti tregon se dhimbja e ka zgjuar nga gjumi. Sulmet në të shumtën e rasteve pasojnë pas një racioni (ushqimi) të pasur. (Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006).

2.2.3.3. Shenjat

Kolikrat biliare të pa komplikara manifestohen vetëm me disa shenja klinike. Pacienti ka dhimbje të forta të cilat mund të shoqërohen me tahikardi. Ndjeshmëria në kuadrantin e sipërm të djathtë të barkut mund të mos jetë e pranishme. (Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006).

2.2.3.4. Ekzaminimi

Reth 10% e gurëve biliarë prezentohen në radiografinë native të abdomenit. Te kolikat biliare të pa komplikuar, të gjitha ekzaminimet tjera bazike zakonisht janë normale.

Diagnoza diferenciale

- *Kolecistiti akut*: ethe dhe shenja lokale të peritonizmit në kuadrantin e sipërm të djathtë
- *Kolangjiti akut*: ethe me dridhje, ikter, dhimbje në kuadrantin e sipërm të djathtë
- *Hepatiti*: mund të palpohet skaji i poshtëm i mëlçisë dhe të ekzistojë ndjeshmëria në dhimbje
- *Tumoret primarë* apo *sekondarë* të mëlçisë
- *Dhimbja dispeptike*:zakonisht dhimbje e mprehtë në epigastrium
- *Pankreatiti*: ndjeshmëri në dhimbje në pjesën qendrore përgjatë vijës transpilorike
- *Kolikë ureterale e djathtë*: dhimbje në regjionin lumbal

- *Aneurizma e aortës abdominale(AAA):* masë ekspanzive, te format tipike dhimbja përhapet kah shpina
- *Pneumonia e anës së djathtë*
- *Dhimbje e shkaktuar nga iskemia e zemrës. (Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006).*

2.2.3.5. Trajtimi

- *Analgjezioni:* pethidina dhe diklofeni janë posaçërisht efektiv. Sulmet e pa komplikua zakonisht qetësohen vet dhe nuk kërkojnë hospitalizim. Hospitalizimi bëhet kur nuk jemi të sigurt për diagnozën ose dhimbjet zgjasin edhe pas terapisë analgjezike. *(Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006).*

2.2.4. KOLECISTITI AKUT

20% e pacientëve të cilët pranohen në spital për shkak të sëmundjeve të traktit biliar vuajnë nga kolecistiti akut.

2.2.4.1. Faktorët e rrezikut

95% e njerëzve me kolecistit akut kanë gurë biliarë.

2.2.4.2. Patogjeneza

Shtypja e lartë permanente në kolecistë e shkaktuar nga obstrukcioni i vazhdueshëm i duktusit cistik, zakonisht si rezultat i gurit biliar, redukton furnizimin e mukozës me gjak dhe e dobëson mbrojtjen normale mukozale. Inflamacioni i kolecistës fillimisht zhvillohet për shkak të veprimit kimik të bilës(kolecistiti kimik). Te rastet e rënda, procesi inflamator shkakton nekrozë të murit të kolecistës dhe perforim. Kolecistiti akalkuloz paraqitet te pacientët në gjendje kritike dhe tek ata që kanë pasur trauma multiple. Patogjeneza e tij mbetet e panjohur. (Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006).

2.2.4.3. Simptomat

Zakonisht paraprihen nga një apo më shumë sulme të kolikave biliare. Dhimbja e fortë konstante, e lokalizuar në epigastrium dhe në kuadrantin e sipërm të djathtë, e cila te format tipike keqësohet gjatë lëvizjes. Dhimbja mund të përhapet në krahun e djathtë. Simptomat tjera shoqëruese janë: *ethe, anoreksia, nauzea dhe vjellja*.

2.2.4.4. Shenjat klinike

Ethe, tahikardia, ndjeshmëri në dhimbje dhe mbrojtje muskulare në kuadrantin e sipërm të djathtë për shkak të peritonizmit të lokalizuar, shenja Murphy-it pozitive, mund të jetë i pranishëm hiperestezioni i pjesës së pasme të toraksit në mes të brinjës IX dhe XI (shenjja e Boas-i), në kuadrantin e sipërm të djathtë mund të evidentohet formacion i palpueshëm. (Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006).

2.2.4.5. Hulumtimi

Rritje e numrit të leukociteve, rritje e proteinës reaktive C(CRP) tregon për përgjigje akute inflamatore, rreth 30-40% çrregullohen testet e funksionit të mëlçisë(kjo është e shkaktuar nga inflamacioni dhe edema e traktit biliar e shkaktuar nga kolecista e inflamuar, rreth 10% e gurëve biliarë janë të dukshëm në radiografi native abdominale, ultrasonografia.

2.2.4.6. Trajtimi

Hospitalizimi, analgjezioni, reanimimi me lëngje, dhënia empirike e antibiotikëve (ciprofloxacini/cefuroxime me metronidazol). Shumica e rasteve reagojnë mirë ndaj trajtimit konservativ. Dhimbja e vazhdueshme, ethe e nivelit të lartë ose prania e shenjave të ileusit mund të tregojnë për empiemë, gangrenë apo perforim të kolecistës (10% e rasteve) dhe këto paraqesin indikacion për ndërhyrje kirurgjike të hershme. (Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006).

2.2.4.7. Alternativat e ndërhyrjes kirurgjike

Pacientët në moshë të shtyrë të cilët vuajnë edhe nga sëmundje të tjera shoqëruese dhe nuk mund të përballojnë anestezionin e përgjithshëm, mund të përfitojnë nga *kolecistostomia perkutane* e cila mund të kryhet nën anestezin lokal. (Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006).

2.2.5. IKTERI (ZVERDHJA)

Zverdhja e lëkurës, sklerave dhe indeve të tjera për shkak të sasisë së shtuar të bilirubinës në qarkullim. Klinikisht detektohet kur bilirubina në plazmë është >30 mmol/l.

2.2.5.1. Patogjeneza

Bilirubina prodhohet nga zbërthimi i hematinës në sistemin limforetikular. Bilirubina e patretshme e pakonjuguar transportohet deri në mëlçi e ngjitur për albumine, ku merret nga hepatocitet dhe me ndihmën e acidit glukoronic konjugohet dhe shëndrrohet në bilirubinë të tretshme të konjuguar. Pastaj ekskretohet në zorrë si përbërës i bilës. Në zorrë të hollë bilirubina reduktohet në urobilirogjen dhe 20% riabsorbohet në ileumin terminal. Urobilirogjeni ekskretohet përmes mëlçisë dhe veshkave. Prodhimi i shtuar i bilirubinës, paaftësia e hepatociteve për ta lidhur ose konjuguar atë, apo pengesa e ekskretimit të saj në zorrë për shkak të obstruksionit biliar, rezultojnë me ikter (zverdhje). (Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006).

2.2.5.2. Klasifikimi

- *Hiperbilirubinemia e pakonjuguar apo e konjuguar* (varësisht nga tipi i bilirubinës qarkulluese)
- *Ikteri pre-hepatik, hepatik dhe post-hepatik* (varësisht nga vendi i patologjisë). (Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006).

2.2.5.3. Shkaktarët

<i>Hiperbilirubinemia e pakonjuguar</i>	<i>Hiperbilirubinemia e konjuguar</i>
<p><u>Prodhimi i tepruar i bilirubinës:</u></p> <p>Anemia hemolitike</p> <p>Eritropoeza joefektive</p> <p>Resorbimi i gjakut nga gjakderdhjet e brendshme</p>	<p><u>Tajimi i zvogëluar i hepatociteve:</u></p> <p>Diferencë e transportit membranor(Sindroma Dubin-Johnson)</p> <p>Medikamentet, p.sh. kontraktivët oralë</p> <p>Sëmundja difuze hepatocelulare, p.sh. hepatiti, ciroza</p>
<p><u>Crregullimi i funksionit të mëlçisë:</u></p> <p>Sindroma Gilbert</p> <p>Medikamentet, p.sh. paracetamoli</p>	<p><u>Kolestaza-intrahepatike:</u></p> <p>Sëmundja intrahepatike e rrugëve biliare(ciroza biliare primare, kolangjiti sklerozues primar, transplantimii mëlçisë)</p>
<p><u>Konjugimi i zvogëluar:</u></p> <p>Ikteri fiziologjik te të posalindurit</p> <p>Abnormalitetet gjenetike te Gama-GT(sindroma Crugler-Najjar)</p> <p>Sëmundja difuze hepatocelulare, p.sh. hepatiti, ciroza</p>	<p><u>Kolestaza ekstrahepatike:</u></p> <p>Gurët biliarë</p> <p>Karcinoma(ampula, kanal biliar, koka e pankreasit)</p> <p>Struktura biliare beninje</p> <p>Cista e koledokut</p> <p>Pankreatiti dhe pseudo cista e pankreasit</p>

Table 1. Shkaktaët e Ikterit

- *Humbje në peshë:* sëmundja malinje
- *Ethe:* me dhimbje dhe ikter flet për kolangjit
- *Kohëzgjatja e simptomave:* koha më e gjatë sugjeron për malinjitet
- *Medikamentet:* verifikojmë për hepatotoksicitet
- *Konsumimi i substancave rekreative* duke përfshirë edhe alkoolin: hepatiti
- *Transfuzioni i gjakut:* hepatiti
- *Dhimbje nyjash, dobësim, anoreksi:* hepatiti
- *Ndërhyrjet kirurgjike kohën e fundit:* posaçërisht biliare
- *Kanceri i mëhershëm*
- *Historia familjare pozitive për ikter:* shkaktarët kongjenital, p.sh. Sindroma Gilbert. (Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006).

2.2.5.4. Shenjat klinike

Zverdhje, shenjat e sëmundjes kronike të mëlçisë, *hepatomegalia*(mëlçia e lëmuar dhe e ndieshme në dhimbje-hepatiti, mëlçia e çrregullt(metastaza), *splenomegalia* dhe venat e theksuara në murin abdominal(hipertensioni portal), *kolecista e palpueshme*, ekzaminimi rektal mund të dëshmojë për *feces pa ngjyrë*. (Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006).

2.2.5.5. Hulumtimi

Analiza e urinës, testet funksionale të mëlçisë, koha e koagulimit(koha e protrombinës), testet serologjike të hepatitit, radiografia e abdomenit, ultrasonografia. (Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006).

2.2.5.6. Trajtimi

Hospitalizimi për hulumtim dhe trajtim, korigjimi i çrregullimeve të koagulimit me vitaminën K(10mg i.v), ekzaminimet e tjera imazherike për të konfirmuar shkakun, kolestaza ekstrahepatike paraqet problem kirurgjik dhe kërkon drenim. (Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006).

2.2.6. ULÇERA PEPTIKE E PERFORUAR

Incidenca e ulçerës duodenale ka shënuar rënie në dekadat e fundit, por incidenca e ulçerës së lukthit ka mbetur e njëjtë. Është konstatuar se rreth 50% e pacientëve me perforim paraprakisht kanë vuajtur nga sëmundja e ulçerës peptike. Mortaliteti pas perforimit është 5-10%.

2.2.6.1. Faktorët e rrezikut

Historia familjare, moshë [ulçera duodenale(DU) 35-45 vjeç, ulçera gastrike(GU) grupmoshat e shtyera], infeksioni me H.pylori (i pranishëm në 90-100% DU dhe 70% GU), pirja e duhanit, alkooli, medikamentet(antiinflamatore josteroide, steroidet), djegiet, hipersekrecioni i gastrines(sindroma Zollinger-Ellison), hiperparatireoidizmi.(*Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006*).

2.2.6.2. Patogjeneza

Është e paqartë. Ekziston një çrregullim i baraspeshës në mes të prodhimit të faktorëve dëmtues(acidi dhe pepsina) dhe të mbrojtjes mukozale të lukthit dhe duodenit. Ka të dhëna që ulçera duodenale në shumicën e rasteve është si rezultat i prodhimit të tepruar të acidit, ndërsa ulçera e lukthit shkaktohet nga insuficienca e mbrojtjes mukozale. Perforimi i shoqëruar me derdhje të përmbajtjes së lukthit dhe duodeumit në hapësirën peritoneale shkakton peritonit kimik. Rrjedhimisht, peritoniti bakterial zhvillohet më vonë. (*Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006*).

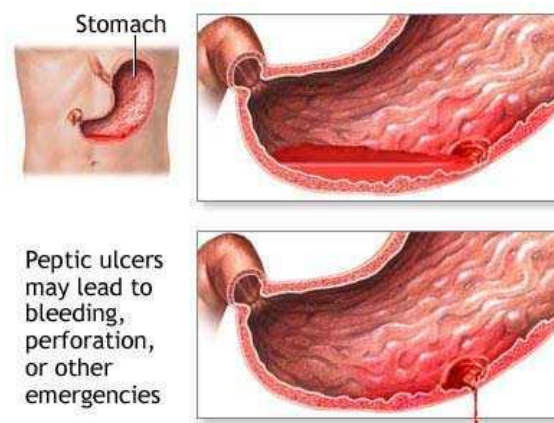


Figure 2.Ulçera peptike

Burimi: www.albdreams.net

2.2.6.3. Simptomat

Dhimbje e fortë e papritur në epigastrium për shkak të iritimit të lokalizuar të peritoneumit. Më vonë, dhimbja mund të gjeneralizohet. Gjatë lëvizjes dhe kollitjes dhimbja përkeqësohet. Në raste të tilla dhimbja mund të reflektohet në cep të krahut për shkak të iritimit të diafragmës. (*Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006*).

2.2.7. PANKREATITI AKUT

Është proces inflamator i pankreasit. Mortaliteti është në shkallën 10-15% në 20 vitet e fundit.

2.2.7.1. Etiologjia

Gurët biliarë(45-50%), alkooli(35%), medikamentet, hiperkalcemia, infeksioni, iskemia, hiperlipidemia.

2.2.7.2. Patofiziologjia

Destruksioni proteolitik i substancës pankreatike, nekroza e enëve të gjakut me gjakderdhje dhe reaksioni inflamator shoqërues. Shëndrimi i tripsinogjenit në tripsinë mendohet të jetë një moment i rëndësishëm aktivizues në proces.

2.2.7.3. Simptomat

Dhimbje në pjesën e sipërme të abdomenit, nauze ose vjellje(në 70% të rasteve), ethe(në 70% të rasteve), fryerje e barkut, dispne(në 20% të rasteve). (*Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006*).

2.2.7.4. Shenjat klinike

Temperatura, tahikardia, shoku, ndjeshmëria në epigastrium, disklorim-në blu në rajonin e ijeve ose në rajonin periumbilikal për shkak së hematomës në hapësirën retroperitoneale.

2.2.7.5. Hulumtimet

Ngritje e amilazës në serum, amilazat në urinë, lipazat në serum, testet tjera hematologjike: hemogrami, urea dhe elektrolitet, testet funksionale të mëlçisë, CRP, LDH, glukozja, radiografia native e barkut, ekzaminimi ultrasonik. (*Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006*).

Diagnoza diferenciale

Kolecistiti akut, ulçera duodenale e perforuar, raptura e AAA, hiperamilazemia idiopatike.

Treguesit prognostikë

Ekziston një numër sistemesh të poentimit prognozues duke përfshirë:kriteret e Ranson-it dhe Glasgow-it, CRP, poentimi me CT kontrast. (*Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006*).

2.2.7.6. Mjekimi kirurgjik

Roli i mjekimit kirurgjik është kontravers. Te pacientët gjendja e të cilëve keqësohet, largimi i indeve nekrotike-nekrozektomia, shoqëruar me lavazhë dhe drenim, mund të përmirësojë prognozën. Mirëpo, mund të ndodhin komplikimet postoperative siç janë fistulat ose absceset.

2.2.7.7. Komplikimet e pankreatitit akut

Hipokalcemia- nëse shfaqen shtangimet atëherë duhet të jepet kalcium glukonat, hiperglikemia- fillojmë me dhënie intravenoze të insulinës në infuzion, infeksioni, formimi i pseudocistës, obstrukcioni i zorrës së hollë, hemorragjia. Nëse gurët biliarë janë shkaktarë të pankreatitit doo të ishte ideale që brenda dy javësh të bëhet kolecistektomia. Pastaj, të gjithë pacientët me pankreatit duhet të përcillen me qëllim të zbulimit të komplikimeve siç janë pseudocistat e pankreasit. (Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006).

2.2.8. PANKREATITI KRONIK

Është inflamacion kronik ireverzibil i acinuseve të pankreasit.

2.2.8.1. Shkaktarët

Alkooli(70%), sëmundjet autoimune, hipertrigliceridemia, hiperparatiroidizmi, pankreas divisum, shkaqet idiopatike.

2.2.8.2. Diagnoza

Epizodat e përsëritura të pankreatitit akut, dhimbja kronike, steatorea, humbje në peshë, sëmundja e DM.

2.2.8.3. Hulumtimet

Kërkohen ekzaminimet sikur te pankreatiti akut, radiografia native e abdomenit, CT, kolangjio-pankreatografia me rezonancë magnetike dhe ultrasonografia endoskopike, testet funksionale të pankreasit. (*Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006*).

2.2.8.4. Trajtimi i pankreatitit kronik

Analgjezioni: shumica nga këta pacientë kanë nevojë për opiarte (p.sh. petidina ose tabletat e morfinë sulfatit), trajtojmë shkakun: këshillojmë pacientin për ndërprerjen e alkoolit, dieta, evitimi i marrjes së yndyrës me ushqim mund të ndihmojë në qetësimin e simptomave, terapia plotësuese me enzime të pankreasit. (*Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006*).

2.2.9. APENDICITI AKUT

Apendiciti është një inflamacion (ndezje) e apendiksit (zorrës qore, rreth 9 centimetra e gjatë, që vazhdon nga cekumi). Është një urgjencë mjekësore që kërkon ndërhyrje të shpejtë kirurgjike për të larguar apendiksin. Nëse nuk intervenohet, apendiksi i inflamuar mund të shpërthejë duke nxjerrë materiale infektive në hapësirën abdominale (të barkut). Kjo mund të çojë deri te shfaqja e peritonitit – një inflamacion serioz i peritoneumit (mbështjellësit të zgavrës së barkut) që mund të ketë pasoja fatale, nëse nuk trajtohet shpejtë me antibiotikë të fuqishëm. (*Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006*).

2.2.9.1. Çfarë e shkakton apendicitin?

Apendiciti shkaktohet kur apendiksi bllokohet, më së shpeshti nga jashtëqitja, nga një trup i huaj ose nga kanceri, dieta (ushqimi i varfër me fibra), faktorët gjenetikë.

Bllokimi mund të jetë edhe pasojë e infeksionit, meqenëse apendiksi fryhet si reaksion ndaj çfarëdo infeksioni në trup.

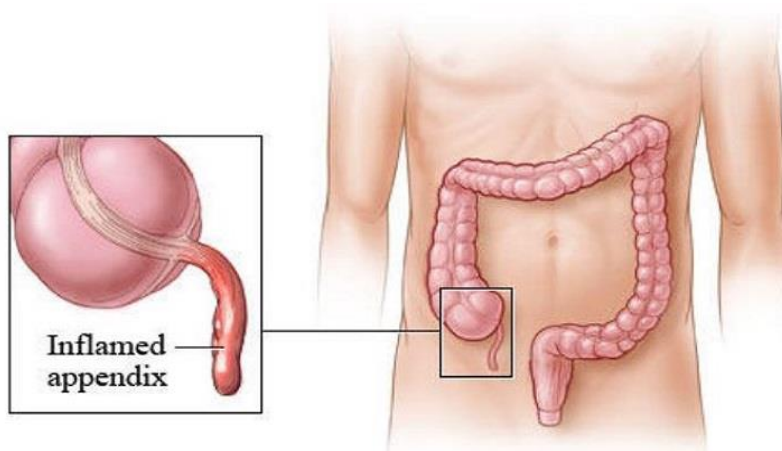


Figure 3. Apendiksi i inflamuar

Burimi: <https://robcolemd.com/services/appendix-surgery>

2.2.9.2. Simptomatologjia

Simptomat klasike të apendicitit janë:

- Dhimbje topitëse pranë kërthizës ose në pjesën e sipërme të abdomenit që bëhet e mprehtë derisa lëviz në pjesën më të poshtme të abdomenit. Zakonisht kjo është simptoma e parë.
- Humbje apetiti.
- Nauze (mundim në lukth) dhe/ose vjellje menjëherë pas fillimit të dhimbjes abdominale.
- Fryerje e barkut.
- Temperaturë 37-39 gradë Celsius.
- Pamundësi për kalimin e gazrave.

Simptomat që shfaqen thuhet në gjysmën e rasteve:

- Dhimbje topitëse kudo në pjesën e sipërme ose të poshtme të abdomenit, në shpinë ose në rektum.
- Urinim që shoqërohet me dhimbje.
- Të vjella që i paraprijnë dhimbjes abdominale.

- Shtrëngime të rënda
- Kapsllëk ose barkqitje me gaz

Nëse i keni këto simptoma kërkoni menjëherë ndihmë mjekësore, sepse koha e diagnostikimit dhe mjekimit është shumë e rëndësishme. Mos hani, mos pini e as mos përdorni barna që lehtësojnë dhimbjen (analgjetikë), antacide, laksativë e as mos vendosni jastëkë të ngrohtë – të cilët mund të shkaktojnë pëlçitjen e apendiksit. (*Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006*).

2.2.9.3. Diagnostikimi

Simptomat e apendicitit shpeshherë janë të paqarta ose të ngjashme me sëmundjet tjera, duke përfshirë problemet me fshikëzën e tëmthit, fshikëzën e urinës ose ndonjë infeksion të traktit urinar, pastaj sëmundjen Crohn, gastritin, infeksionin intestinal dhe problemet me ovariume.

Për të përcaktuar diagnozën, zakonisht bëhen ekzaminimet e mëposhtme:

- Ekzaminimi i abdomenit për zbulimin e inflamacionit
- Analiza e urinës për të eliminuar infeksionin eventual të traktit urinar
- Ekzaminimi i rektumit (pjesës më të poshtme të zorrës së trashë)
- Analizat e gjakut, për të shikuar nëse organizmi po lufton me ndonjë infeksion
- Skanimet me CT dhe ultrazë (*Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006*).

2.2.9.4. Trajtimi

Mjekimi standard i apendicitit është ndërhyrja kirurgjike për të larguar apendiksin, e cila quhet APENDEKTOMIA. Në rast të dyshimit më të vogël se ekziston një apendicit, mjekët intervenojnë menjëherë në mënyrë që të mos pëlcasë dhe të shkaktojë probleme të tjera. Nëse apendiksi ka formuar absces (qelb), mund t'iu nënshtroheni dy procedurave: të bëhet drenazhi (të thahet) i qelbit dhe lëngut apo të largohet apendiksi. (*Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006*).

2.2.9.5. Apendektomia: Çfarë të pritet?

Antibiotikët jepen përpara një apendektomie për të luftuar peritonitin eventual. Jepet anestezioni i përgjithshëm dhe më pas largohet apendiksi përmes një prerjeje të vogël ose me laparoskop.

Nëse është zhvilluar peritoniti, atëherë bëhet shpëlarja e abdomenit dhe drenazhi (tharja) i qelbit. Vetëm 12 orë pas ndërhyrjes kirurgjike mund të çoheni dhe të lëvizni. Zakonisht, brenda dy-tri javësh iu ktheheni aktiviteteve normale.

Nëse ndërhyrja bëhet me laparoskop, prerja është më e vogël dhe rikuperimi është më i shpejtë. Pas një apendektomie duhet ta thirrni mjekun tuaj, nëse keni:

- Vjellje të pakontrolluar
- Dhimbje të madhe në abdomen
- Marramendje apo plogështi
- Gjak në të vjella ose në urinë
- Ethe
- Qelb në plagë

A mund të parandalohet apendiciti?

Nuk ka asnjë mënyrë të parandalimit të apendicitit. Megjithatë, thuhet se apendiciti është më i rrallë te njerëzit që konsumojnë ushqime të pasura me fibra ushqyese, siç janë: pemët dhe perimet e freskëta. (*Mehta, Hindmarsh, & Rees, 2006*).

2.3. KUJDESI INFERMIEROR

Plani i kujdesit infermieror është një proces zyrtar që përfshin identifikimin e saktë të nevojave ekzistuese, si dhe njohjen e nevojave ose rreziqeve të mundshme. Planet e kujdesit gjithashtu sigurojnë një mjet komunikimi midis infermierëve, pacientëve të tyre dhe ofruesve të tjerë të kujdesit shëndetësor për të arritur rezultate të kujdesit shëndetësor. (Gjata, A., 2015).

Çfarë është një infermiere kirurgjikale?

Infermierja e kirurgjisë është infermiere e specializuar për punën në kujdesin operativ në bashkëpunim me kirurgun. Infermierja është një pjestar aktiv në procesin kirurgjikal, trajtimin kirurgjik ndaj pacientit dhe kujdesi apo puna që ajo ushtron është punë e rëndësishme. Aktiviteti i saj fillon prej pastrimit të plagëve, monitorizimit konstant të parametrave fizik, paralajmërimi për shenjat e para të komplikacioneve të mundshme, administrimi i terapisë, përgaditja e pacientit para operacionit, përgaditja emocionale e pacientit, përgaditja psikike, fizike, etj. Infermierja kirurgjike ka përgjegjësi të veqanta në njohuritë dhe aftësitë praktike të cilat ajo është e detyruar në dobi të shëndetit të pacientit ti ofrojë një komfort postoperativ dhe gjithashtu një përkujdesje paraoperative. (Gjata, A.2015).

Fazat kirurgjike

Përgjegjësitë e përditshme të një infermiere kirurgjikale mund të ndahen në katër faza të quajtura faza preoperative, faza kirurgjikale dhe faza postoperative (shërimit).

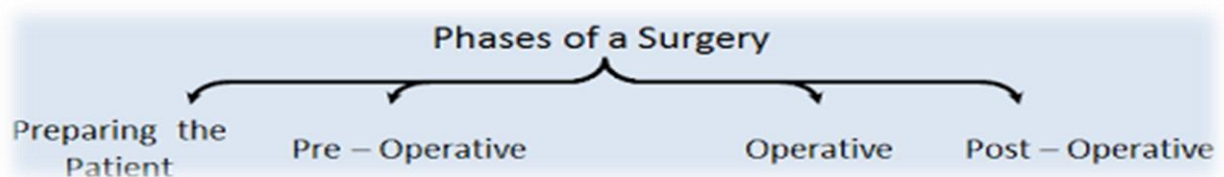


Figure 4. Fazat kirurgjike

Burimi: <https://epomedicine.com/surgical-skills/sop-surgical-patient>

2.3.1.Faza preoperative

Faza paraoperative është faza e parë e punës për një infermiere kirurgjikale. Këtu, ju do të jeni përgjegjës për të siguruar që pacienti është i përgatitur në mënyrë adekuate për procedurën.

Kjo përfshin informimin e tyre për rreziqet dhe përfitimet e operacionit, si dhe kontrollimin nëse ato janë mjaft të shëndetshëm për t'iu nënshtruar operacionit. Pacientët duhet të jenë gjithmonë të sigurt me procedurën që do të kryejnë. Ata duhet të jenë në gjendje të bëjnë pyetje dhe të shprehin shqetësime në një mjedis të sigurt dhe infermierja kirurgjikale duhet të jetë në gjendje t'u përgjigjet atyre me besim. Gjatë këtij procesi, gjithashtu do të pritët që t'i jepni pacientit udhëzime para-proceduriale dhe të matni ose regjistroni shenjat e tyre vitale. Takimet fillestare të pacientit para operacionit me ekipin e kujdesit perioperativ që përfshijnë kirurgun, profesionistin e anesteziës dhe infermierin midis anëtarëve të tjerë të ekipit të kujdesit janë ideale për përgatitjen e pacientëve kirurgjikal dhe koordinimin e kujdesit. (*Fuji , Abbott & Norris, 2013;*).

2.3.2.Faza kirurgjikale(intraoperative)

Periodha intraoperative është periodha më intensive e procesit perioperativ. Ajo fillon kur pacienti transferohet në tryezën e sallës së operacionit dhe përfundon me transferimin e një pacienti në Njësinë e Kujdesit pas Anesteziës. Gjatë kësaj periudhe pacienti monitorohet, anestetizohet, përgatitet dhe kryhet operacioni. Këtu, do të duhet të monitoroni dhe menaxhoni gjendjen e pacientit duke kontrolluar shenjat vitale dhe të ndihmoni të gjithë ekipin kirurgjik, qoftë duke kaluar instrumente operative si gjilpëra, duke përdorur pajisje kirurgjikale si endoskopë, mikroskopë dhe lazer ose duke lajmëruar anëtarët e tjerë të ekipit kirurgjikal për çdo ndryshim në sjelljen e pacientit dhe shenjat vitale. (*Jones & Bartlett. 2005*).

2.3.3.Faza e shërimit

Pas një operacioni, së pari do të duhet të kryeni çdo kujdes dhe trajtim pas operacionit, derisa pacienti të shërohet nga efektet e anestetikës dhe / ose operacionit. Kjo mund të përfshijë elementë të tillë si ndërrimi i veshjeve, administrimi i medikamenteve dhe kryerja e udhëzimeve të dhëna nga kirurgu. Ju do të prisni t'i ofroni pacientit mbështetje pas mbërritjes në njësinë e kujdesit pas-anestetik dhe të monitoroni shëndetin dhe kujdesin e tyre gjatë gjithë rrugës derisa të kthehen në pavijon të përgjithshëm. (*Jones & Bartlett. 2005*).

Plani i Kujdesit Infermieror të Dhimbjes së Barkut (Colica abdominalis)

Të dhënat subjektive: Dhimbje barku, ulja e oreksit, të përziera, tensioni i muskujve, qetësimi.

Të dhënat objektive: opstipacioni, diarrea, mosbalancimi i elektroliteve, të vjella.

Ndërhyrjet dhe arsyetimet infermierore

- ***Vlerësoni dhimbjen***

Ne duhet të kemi një bazë të detajuar, në mënyrë që jo vetëm të dimë se si të trajtojmë në mënyrë të përshtatshme, por edhe të dimë nëse ka ndryshuar. (Për shembull, një lehtësim i papritur i dhimbjes në një pacient me apendisit tregon çarje dhe një urgjencë). (*Walker, Hall & Hurst, 1990*).

- ***Kontrolloni dhimbjen: ripozionimi, nxehtësia / ftohja, ilaçet (relaksues të muskujve, analgjezikë), e kështu me radhë (të gjitha sipas rastit klinikisht)***

Pacientët që kanë dhimbje kanë probleme të marrin pjesë në kujdes, relaksim, gjumë dhe shërim. Bëni atë që është e nevojshme për të trajtuar në mënyrë aktive dhimbjen e pacientit dhe njoftoni siguruesin për ndryshimet ose paaftësinë për të siguruar lehtësim adekuat.

- ***Vlerësoni lëvizjet e zorrëve (ngjyra, qëndrueshmëria, frekuenca, sasia)***

Kjo do të ndihmojë ofruesin në marrjen e vendimeve klinike në mënyrë të konsiderueshme. Është thelbësore të raportohen me saktësi karakteristikat dhe frekuenca e lëvizjes së zorrëve për të ndihmuar në këtë vendimmarrje të rëndësishme. Kjo gjithashtu siguron regjistrim të saktë të marrjes dhe daljes. (*Walker, Hall & Hurst, 1990*).

- ***Siguroni hidratim adekuat; mund të kërkojë lëngje intravenoze***

Pacientët me dhimbje barku mund të kenë oreks të zvogëluar ose të mos dëshirojnë të pijnë lëngje. Vlerësoni dhe promovoni ekuilibrin e duhur të lëngjeve, gjë që mund të kërkojë njoftimin e ofruesit të një ulje të marrjes orale dhe nevojës për lëngje intravenoze për të mbajtur ekuilibrin e lëngjeve.

- ***Lehtësoni modelet normale të zorrëve***

Dhimbja e barkut mund të jetë për shkak të problemeve me traktin GI. Prandaj, është thelbësore që të adresohen në mënyrë aktive çështje të tilla si të përzier, të vjella, kapsllëk dhe diarre, siç është e përshtatshme klinikisht. (*Walker, Hall & Hurst, 1990*).

- ***Parandalon infeksionin***

Dhimbja e barkut mund të jetë shkaktuar nga një patogjen (gastroenteriti, për shembull). Është thelbësore të promovohet higjiena adekuate e duarve dhe parandalimi i infeksionit për të parandaluar përhapjen tek të tjerët.

- ***Vlerësoni distensionin e barkut, raportoni ndryshimet në madhësi dhe cilësi sipas rastit***

Pacientët mund të jenë duke përjetuar distension abdominal si pjesë e procesit themelor të sëmundjes. (*Walker, Hall & Hurst, 1990*).

Plani i Kujdesit Infermieror te Apendiciti

Të dhënat subjektive: dhimbje barku, të përziera, të dridhura, anoreksi, diarre ose kapsllëk.

Të dhënat objektive: ethet, diaforeza, të vjella, pozicioni i fetusit për të zvogëluar dhimbjen, hemiskrotum i ndezur (foshnje mashkull dhe fëmijë), analiya laboratorike anormalë ↑ WBC ↑CRP.

Ndërhyrjet dhe arsyetimet infermierore

- ***Vendoseni në pozicionin gjysmë-Fowler***

Ky pozicion lejon gravitetin të ndihmojë duke zvogëluar stresin e barkut dhe lehtëson sikletin.

- ***Kontrollimi i analizave laboratorike***

Analizat anormale janë tregues të përparimit të sëmundjes. Monitorojmë: CRP > 1 mg / dL - tregon inflamacion. Nivele shumë të larta mund të tregojnë gangrenë, WBC > 10,500 - tregon infeksion Neutrofilet > 75%.

- ***Monitoroni shenjat vitale***

Ethet, dridhjet dhe diaforeza janë shenja të infeksionit, zhvillimit të sepsës, abscesit ose peritonitit. Hipotensioni me takikardi mund të tregojë dehidrim nëse të vjellat ose diarrea janë të rënda.

- ***Përgatitja e pacientit për operacion për heqjen e apendiksit (apendektomia)***

Filloni aksesin IV, marrim pëlqimin e pacientit.

- ***Vlerësoni dhe menaxhoni dhimbjen***

Shënoni vendndodhjen, ashpërsinë dhe cilësinë e dhimbjes dhe çdo ndryshim në karakteristikat që mund të nënkuptojnë abscesin ose peritonitin. Administroni analgjetikë siç urdhërohet për menaxhimin e dhimbjes. Vendosni paketimin e akullit për të ndihmuar në lehtësimin e dhimbjes - shmangni përdorimin e nxehtësisë pasi mund të shkaktojë çarje të shtojcës. (Walker, Hall & Hurst, 1990).

Plani i Kujdesit Infermieror te Sëmundja e Ulcerës Peptike

Të dhënat subjektive: dhimbje epigastrike (brejtje ose djegie) pas ngrënies, urth, kapsllëku, pacienti raporton jashtëqitje të ndenjtur, ndiheni të ngopur, humbje e pashpjegueshme e peshës, disfagia

Të dhënat objektive: gjakderdhje, jashtëqitje të zbehtë, anemia, të vjella, hipovolemia.

Ndërhyrjet dhe arsyetimet infermiere

- ***Vlerësoni dhe monitoroni shenjat vitale***

Monitoroni për shenjat dhe simptomat e infeksionit / inflamacionit përfshirë: Ethe, tahipne, tahikardi. Monitoroni shenjat dhe simptomat e hipovolemisë për të përfshirë: hipotensioni, tahikardi. (Walker, Hall & Hurst, 1990).

- ***Kryeni një vlerësim të hollësishëm të dhimbjes***

Simptoma më e zakonshme e ulçerave peptike është djegia e dhimbjes në stomak që mund të jetë më e keqe midis vakteve dhe natës.

- ***Vlerësoni testin laboratorik***

Patogjeni *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) është përgjegjës për rreth 90% të të gjitha ulçerave peptike të raportuara, CBC - anemi ose humbje e gjakut, panele koagulimi (aPTT, PT, INR) për pacientët që janë në antikoagulantë ose kanë gjakderdhje aktive, elektrolitet, kreatinina - për të përcaktuar nëse pacienti kërkon ringjallje të lëngjeve. (Walker, Hall & Hurst, 1990).

- ***Administroni medikamentet***

Frenues i pompës protonike (Omeprazol) - për të zvogëluar acidin e stomakut, H2 Bllokuesit e histaminës (Famotidine) - për të zvogëluar acidin e stomakut, Antacidet - mund të jepen për lehtësimin e simptomave, Antibiotikë - zakonisht jepen për të trajtuar infeksionin me *H. Pylori*, shmangni NSAIDS (aspirina, ibuprofen, naproxen). (Walker, Hall & Hurst, 1990).

- ***Edukimi për të ushqyerit***

Kufizoni ose shmangni ushqimet që shkaktojnë prodhimin e tepërt të acidit ose acarim të rreshtimit peptik: kafe, çaj, pije të gazuara, alkooli, qitro, specia, të gjithë ushqime pikante, mish i kuq, qumësht, ulja e marrjes së kripës. Monitoroni me kujdes etiketat e ushqimeve dhe bëni zgjedhje që kanë më pak yndyrë dhe natrium. Përfshini probiotikë në dietë të rregullt - kosi, djathrat e moshuar dhe lakra turshi kanë probiotikë të shëndetshëm që ndihmojnë në rivendosjen e baktereve natyrore në traktin GI. Hani vakte të rregullta, të vogla - zbrazja e plotë e stomakut për një kohë të zgjatur mund të shkaktojë akumulimin e acidit në stomak dhe rritjen e dhimbjes dhe erozionit të indeve. Shmangni mbingarkesën - presioni i tepërt nga mbingopja ose fryrja e barkut mund të shkaktojë presion në stomak dhe të rrisë dhimbjen. (Walker, Hall & Hurst, 1990)

- ***Inkurajoni ndryshimet e stilit të jetës***

Ul stresin - megjithëse stresi nuk është provuar të shkaktojë ulcera peptike, mund të rezultojë në ngrënie të tepërt ose kapërcim të vakteve të cilat do të irritojnë rreshtimin peptik, ndaloni pirjen e duhanit - nikotina rrit acidin e stomakut dhe hollon mukozat, kufizoni ose shmangni alkoolin - alkooli i tepërt rrit prodhimin e acidit dhe mund të irritojë dhe gërryejë rreshtimin peptik. (Walker, Hall & Hurst, 1990).

3.DEKLARIMI I PROBLEMIT

Qëllimi se përse e kam zgjedhur këtë temë është zgjerimi i njohurive lidhur me urgjencat kirurgjike abdominale dhe kujdesin infermieror tek këta pacientë. Rëndësia e këtij punimi përfshin ndihmën për pacientët me këtë problematikë si dhe në minimizimin dhe kontrollimin e vazhdueshëm të shenjave vitale për arsye të parandalimit të zgjerimit të kësaj problematike.

4.METODOLOGJIA

Burimi kryesor i të dhënave për aspektin teorik të këtij punimi ka qënë kërkimi në literatura mjekësore dhe shumica e të dhënave të ketijë punimi janë të përkthyer nga gjuha angleze në gjuhën shqipe. Literatura është përzgjedhur në bazë të problematikes e cila shtjellohet në punim. Literatura është përzgjedhur në bazë të këtyre kriterëve: titullit të temës e cila është marrë, nga fjalët kyçe që janë përdorur për kërkime mjekësore në internet dhe propozime të marra nga ana e profesionistëve mjekësor. Pos kësaj, të dhënat në këtë hulumtim janë marrë nga protokoli (libri i regjistrit) në repartin e Kirurgjisë Abdominale në Prishtinë.

5.PREZANTIMI DHE ANALIZA E REZULTATEVE

Të dhënat e marra nga Protokoli i Klinikës së Kirurgjisë Abdominale në Qendrën Klinike Universitare në Prishtinë, për pacientët të cilët janë diagnostikuar me urgjenca abdominale ku bëjnë pjesë: Apendiciti akut, Kolika abdominale, Abdomeni akut, Ikterusi, për muajin Gusht dhe Shtator të vitit 2020 në të cilën janë paraqitur 38 raste gjatë kësaj periudhe në repartin e Kirurgjisë. Të gjitha të dhënat i kam paraqitur në tabela të cilat janë të klasifikuara sipas gjinisë së pacientëve, moshës së pacientëve, vendbanimit të pacientëve dhe mënyrën e trajtimit të pacientëve.

5.1. Pacientët me APENDICIT AKUT

Në muajin Gusht dhe Shtator numri i pacientëve të cilët janë lajmëruar në klinikë nga Apendiciti akut ka qenë gjithësej 13 raste: muaji Gusht 8 raste (gjinia mashkullore 4 raste, gjinia femërore 4 raste), ndërsa për muajin Shtator 5 raste (gjinia mashkullore 4 raste dhe gjinia femërore 1 rast). Këto të dhëna sipas gjinisë, moshës, vendbanimit dhe muajve i kamvendosur në tabelën më poshtë:

<i>Gjinia</i>	<i>Mosha</i>	<i>Vendbanimi</i>	<i>Muaji Gusht</i>	<i>Muaji Shtator</i>	<i>Numri</i>
Femër	1990	Mitrovicë	1 rast	/	1
Femër	1993	Prishtinë	1 rast	/	1
Femër	1997	Prishtinë	1 rast	/	1
Femër	1999	Obiliq	1 rast	/	1
Mashkull	1999	Shtime	1 rast	/	1
Mashkull	2001	Malishevë	1 rast	/	1
Mashkull	2001	Drenas	1 rast	/	1
Mashkull	2001	Ferizaj	1 rast	/	1
Femër	1981	Prishtinë	/	1 rast	1
Mashkull	1989	Shtime	/	1 rast	1
Mashkull	1998	Podujevë	/	1 rast	1
Mashkull	2000	Shtime	/	1 rast	1
Mashkull	2001	Lipjan	/	1 rast	1
Nr.total					13 raste

Table 2. Paraqitja e numrit të pacientëve sipas gjinisë, moshës dhe vendbanimit të diagnostikuar me Apendicit akut në muajin Gusht dhe Shtator

5.2. Pacientët me KOLIKË ABDOMINALE

Në muajin Gusht dhe Shtator numri i pacientëve të cilët janë lajmëruar në klinikë nga Kolika abdominale ka qenë gjithsej 10 raste: muaji Gusht 5 raste (gjinia mashkullore 0 raste, gjinia femërore 5 raste), ndërsa për muajin Shtator 5 raste (gjinia mashkullore 3 raste dhe gjinia femërore 2 raste). Të gjitha këto të dhëna i kam vendosur në tabelë:

<i>Gjinia</i>	<i>Mosha</i>	<i>Vendbanimi</i>	<i>Muaji Gusht</i>	<i>Muaji Shtator</i>	<i>Numri</i>
Femër	1964	Prishtinë	1 rast	/	1
Femër	1987	Prishtinë	1 rast	/	1
Femër	1995	Ferizaj	1 rast	/	1
Femër	2001	Obiliq	1 rast	/	1
Femër	2004	Prishtinë	1 rast	/	1
Mashkull	1950	Prishtinë	/	1 rast	1
Mashkull	1950	Ferizaj	/	1 rast	1
Femër	1997	Kaqanik	/	1 rast	1
Mashkull	2002	Drenas	/	1 rast	1
Femër	2003	Shtime	/	1 rast	1
Numri total					10 raste

Table 3. Paraqitja e numrit të pacientëve sipas gjinisë, moshës dhe vendbanimit të diagnostikuar me Kolikë abdominale në muajin Gusht dhe Shtator për vitin 2020

5.3. Pacientët me ABDOMEN AKUT

Në muajin Gusht dhe Shtator numri i pacientëve të cilët janë lajmëruar në klinikë nga Abdomeni akut ka qenë gjithësej 4 raste: muaji Gusht 0 raste (gjinia mashkullore 0 raste, gjinia femërore 0 raste), ndërsa për muajin Shtator 4 raste (gjinia mashkullore 3 raste dhe gjinia femërore 1 raste).

Në muajin Gusht nuk ka pasur raste të pacientëve me Abdomen akut, ndërsa në tabelën më poshtë i kam vendosur numrin e pacientëve për muajin Shtator, gjininë, moshën dhe vendbanimin e tyre të cilët janë pranuar në klinikë si pasojë e dhimbjes abdominale:

<i>Gjinia</i>	<i>Mosha</i>	<i>Vendbanimi</i>	<i>Muaji Gusht</i>	<i>Muaji Shtator</i>	<i>Numri</i>
Femër	1939	Fushë Kosovë	/	1 rast	1
Mashkull	1968	Mamushë	/	1 rast	1
Mashkull	1978	Lipjan	/	1 rast	1
Mashkull	1993	Malishevë	/	1 rast	1
Numri total					4 raste

Table 4. Paraqitja e pacientëve me Abdomen akut

5.4. Pacientët me IKTER

Në muajin Gusht dhe Shtator numri i pacientëve të cilët janë lajmëruar në klinikë nga Ikteri ka qenë gjithësej 2 raste: muaji Gusht 0 raste (gjinia mashkullore 0 raste, gjinia femërore 0 raste), ndërsa për muajin Shtator 2 raste (gjinia mashkullore 2 raste dhe gjinia femërore 0 raste). Në muajin Gusht nuk ka pasur raste të pacientëve me Ikter, ndërsa në tabelën më poshtë kam vendosur pacientët të cilët janë pranuar në klinikë si pasojë e Ikterit në muajin Shtator :

<i>Gjinia</i>	<i>Mosha</i>	<i>Vendbanimi</i>	<i>Muaji Gusht</i>	<i>Muaji Shtator</i>	<i>Numri</i>
Mashkull	1947	Pejë	/	1 rast	1
Mashkull	1974	Prishtinë	/	1 rast	1
Numri total					2 raste

Table 5. Paraqitja e pacientëve me Ikter

Rastet e tjera të urgjencave abdominale janë:

Për muajin Gusht: 1 rast me Hernia umbilicalis, 1 rast me Ileus, 2 raste me Kolecistit, 2 raste me Peritonit, ndërsa për muajin Shtator: 1 rast me Ileus, 1 rast Hydronefrosis, 1 rast me Insufiencë kardiorespiratore/ arrest kardiak.

6.KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME

Një dëmtim i abdomenit i cili nuk duket serioz në paraqitjen fillestare dhe në ekzaminimin klinik në të vërtetë mund të jetë një dëmtim serioz i organit intra-abdominal. Vlerësimi i saktë klinik i dhimbjes akute të abdomenit mbetet një nga fushat më sfiduese të mjekësisë. Shumëllojshmëria e kushteve që kërkojnë menaxhim urgjent kirurgjik ndryshojnë shumë në paraqitjen e tij klinike dhe ekzaminimin fizik. Diagnostikimi i shumë gjendjeve akute të abdomenit mbështetet në marrjen e historisë së mirë, ekzaminimit fizik dhe përdorimin e duhur të hetimeve radiologjike. Nuk ka asnjë radiologji të vetme provë që është njëtrajtësisht e efektshme në identifikimin e shkakut të dhimbjes akute të abdomenit.

Në ardhjen e modaliteteve të reja paraprake diagnostike si MRI, skanimet CT dhe skanimet PET, ne kemi gjetur se hetimet themelore radiologjike së bashku me vlerësimin e hollësishëm klinik ende i kanë rezistuar kohës dhe kanë ndihmuar në vendosjen e hershme dhe të saktë të diagnozës në kushtet akute të abdomenit . Kështu që studimi ka sugjeruar fuqimisht që kirurgu me aftësi efikase klinike, analiza e mirë e gjetjeve klinike me sigurimin bazë të rrezeve X dhe ultrasonografia mund të diagnostikojë sëmundjet akute të abdomenit me saktësi 97% deri 99%.

7.REFERENCAT

- 1) Gjata, A., 2015. *Kirurgjia për Infermierinë*. Tiranë, p.10.
- 2) T.A. Mai-Phan, B. Patel, M. Walsh, A.T. Abraham, H.M. Kocher *Emergency room surgical workload in an inner city UK teaching hospital World J. Emerg. Surg., 3 (2008), p. 19*
- 3) Patterson JW, Kashyap S, Dominique E. *Acute Abdomen. StatPearls PublishingSmith RS, Tsoi EKM, Fry WR, et al: evolution of antibiotic therapy following abdominal trauma, Surgery 201;576.1985.*
- 4) Mehta, S., Hindmarsh, A. and Rees, L., 2006. *GENERAL SURGICAL EMERGENCIES. Radcliffe Publishing- Oxford Seattle.*
- 5) Fuji KT, Abbott AA, Norris JF. *Exploring care transitions from patient, caregiver, and health-care provider perspectives. Clin Nurs Res. 2013;22(3):258–274*
- 6) Spry, Cynthia. *Essentials of Perioperative Nursing. 3rd ed. Jones & Bartlett Publishers. 2005.*
- 7) HK, W., WD, H. and JW, H., 2021. *Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations.* [online] PubMed. Available at: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21250045/>>.